C 1 8

N° 120.

DE L'ŒDÈME DES MEMBRES INFÉRIEURS CHEZ LES FEMMES AFFECTÉES DE CANCER DE L'UTÉRUS;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 9 mai 1835,

PAR FELIX-A.-J. OLIVIERI, de Marseille,
Département des Bouches-du-Rhône;

DOCTEUR EN MÉDECINE;

Médecin interne des hôpitaux et hospices civils de Paris; Membre de la Société anatomique; Bachelier ès-sciences.

> Nec quidquam pro vero ideò recipiamus quia receptum est, sed experimenta acquiramus, quæ fidem opinionibus nostris faciant. HALLER, Elem. physiol.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1835.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER, Président.
Physiologie	BÉRARD, Examinateur.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL, Examinateur. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD, Suppléant. CHOMEL. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. .... ROUX. VELPEAU.
linique d'accouchemens	DUBOIS (Paul), Examinateur.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.

Bayle.
Bérard (Auguste).
Blandin.
Boyer (Philippe).
Briquet.
Brongniart.
Broussais (Casimir), Examinateur.
Cottereau, Examinateur.
Dalmas.
Guérard.
Hatin.

MM.

Hourmann.
Jobert.
Laugier, Suppléant.
Lesueur.
Martin-Solon.
Piorry.
Requin.
Royer-Collart.
Sanson (aîné).
Sanson (Alphonse).
Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entendl eur donner ni approbation ni improbation.



A MON PÈRE.

A MA BONNE ET TENDRE MÈRE.

F. OLIVIERI.



DE

L'ŒDÈME

DES MEMBRES INFÉRIEURS

CHEZ LES FEMMES AFFECTÉES DE

CANCER DE L'UTÉRUS.

Depuis que M. *Bouillaud* a signalé la cause de la plupart des hydropisies dites passives dans un obstacle à la circulation veineuse, on a rejeté avec raison toutes les idées qui avaient prévalu jusqu'alors. L'attention une fois dirigée vers l'état du système veineux, il a été facile, dans un grand nombre de circonstances, de vérifier l'exactitude de la nouvelle théorie. Les preuves ont été si authentiques et si multipliées, que personne aujourd'hui ne doit voir dans l'œdème d'un ou de plusieurs membres l'effet de l'atonie des vaisseaux lymphatiques, ou un défaut d'équilibre entre l'absorption et l'exhalation; c'est un service de plus

dont nous sommes redevables à l'anatomie pathologique. Néanmoins, on n'a peut-être pas assez examiné dans quelles circonstances et sous quelles influences se forment les concrétions sanguines, causes physiques de ces hydropisies.

Les observations suivantes tendent à établir que les veines, dans la plupart de ces cas, deviennent le siége d'une maladie qui a pour effet la coagulation du sang; je les ai toutes recueillies à la Salpêtrière, dans le service de M. le professeur *Cruveilhier*, sur des femmes affectées de cancer de l'utérus. On verra plus loin s'il existe entre cette maladie et l'œdème des membres inférieurs des rapports de cause à effet.

Ces observations, je l'avoue, sont en bien petit nombre; mais comme je n'ai rien voulu citer de mémoire, je me suis tenu à celles ont j'avais consigné les détails.

Ire OBSERVATION.

Caroline Lefrançois, âgée de quarante ans, est admise à l'infirmerie le 24 février 1833. Six mois auparavant, elle avait subi l'amputation du col de l'utérus à l'hôpital Saint-Antoine; cette opération ne procura point la cure radicale, car bientôt on vit apparaître des symptômes non équivoques de récidive.

Lors de son entrée à l'infirmerie, le toucher fit reconnaître l'absence du museau de tanche, et l'immobilité de l'utérus, dont le volume ne parut pas augmenté; la partie de cet organe qui correspondait au vagin était parsemée de tubercules ulcérés. Une exploration attentive ne faisait découvrir aucune tumeur dans la région hypogastrique.

Vers le milieu de mars, elle éprouve dans l'aine gauche une douleur vive, coïncidant avec un œdème de tout le membre du même côté. Cet état durait depuis deux jours, quand la malade nous en fit part; nous observâmes ce qui suit : les douleurs se continuent le long de la partie interne de la cuisse, mais avec une intensité moindre qu'à la région inguinale; la pression exercée sur tous les points du membre indique que le mal a son siége dans la direction de la

veine fémorale ; à partir du ligament de *Fallope* et dans l'étendue d'un pouce environ, on constate l'existence d'un cylindre dur, immobile, douloureux, exactement placé sur le trajet de cette veine ; la peau, d'une couleur naturelle, mais plus chaude que celle du membre opposé, conserve à peine les traces de la pression des doigts ; les veines sous-cutanées sont plus nombreuses et plus apparentes qu'à droite ; les mouvemens sont difficiles et douloureux. Au bout de quinze jours les douleurs ont presque entièrement disparu, mais l'infiltration est demeurée stationnaire. Le 15 avril, la malade succombe à une péritonite suraiguë.

Examen du cadavre. Péritonite générale ; l'utérus, immobile dans l'excavation pelvienne, est un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire ; dégénérescence putrilagineuse de ses deux tiers inférieurs et de la partie voisine du vagin ; les deux ligamens larges, surtout le gauche, sont comme dédoublés, et limitent, contre la paroi latérale du bassin, au-dessous du psoas, un foyer de détritus cancéreux, communiquant avec le vagin. Les parties voisines ont subi la dégénérescence squirrheuse, mais dans une étendue moins grande à droite qu'à gauche ; l'iliaque externe de ce côté a disparu au milieu des tissus lardacés ; les iliaques primitive et interne sont parfaitement saines ; la fémorale, dans toute sa longueur, est oblitérée par un caillot dense, rouge, adhérant à ses parois ; celles-ci, opaques, d'un blanc mat, dépassent en épaisseur celles de l'artère correspondante. La membrane interne a conservé son poli et sa couleur ; le tissu cellulaire ambiant est serré, épaissi et blanchâtre ; toutes les branches secondaires participent à la même lésion ; et la saphène interne, oblitérée supérieurement dans l'étendue de deux pouces, est libre dans le reste de sa longueur. Rien de notable à droite.

IIe OBSERVATION.

Marie Laurent, veuve Legrand, âgée de quarante-six ans, était entrée à l'infirmerie pour un cancer de l'utérus. D'après son rapport,

elle aurait éprouvé, vers les premiers jours de février, une douleur vive dans le membre inférieur gauche, lequel ne tarda pas à se tuméfier. Le 15, nous la trouvâmes dans l'état suivant : infiltration considérable de ce membre; la peau n'a pas changé de couleur; sa température est néanmoins plus élevée que celle des autres parties; elle se déprime à peine sous la pression des doigts. Douleur vive, exaspérée par les mouvemens, dans l'aine, l'espace poplité et vers la terminaison de la saphène interne; les veines sous-cutanées sont plus développées et plus nombreuses qu'au membre droit; elles forment, en outre, à la naissance de la cuisse, un réseau qui se répand sur la paroi abdominale.

Ici se bornent nos observations sur cette femme, que nous avons presque aussitôt perdue de vue.

IIIe OBSERVATION.

Louise Barot, âgée de trente-six ans, fut reçue le 29 janvier 1833. Chez cette femme, l'utérus, dur, bosselé, légèrement incliné à gauche, remplissait toute l'excavation pelvienne, et faisait au-dessus du pubis une saillie de quatre travers de doigt; il était en même temps le siége de douleurs lancinantes; le col, volumineux et dur, permettait au doigt de s'introduire assez avant dans la cavité. Dans la dernière quinzaine de décembre, la jambe gauche était devenue douloureuse et infiltrée; mais, au dire de la malade, ces accidens se dissipèrent d'eux-mêmes au bout de quelques jours, pour reparaître le 18 janvier.

Le jour de son entrée, elle était dans l'état suivant : membre inférieur gauche considérablement tuméfié; la peau, chaude et luisante, a conservé sa couleur naturelle; la pression des doigts n'y laisse aucune empreinte; douleur dans l'aine, au jarret, au devant de la malléole interne. Le membre, dont les mouvemens sont pénibles et douloureux, reste constamment placé dans la demi-flexion. A partir du ligament de *Fallope*, on rencontre une tumeur cylindrique, immobile, dure, dirigée selon le trajet de la veine fémorale. C'est dans

ce sens qu'existent les plus fortes douleurs. Les veines superficielles sont dilatées; et au niveau du pli de l'aine on en voit un grand nombre qui rampent sous les tégumens abdominaux.

Dans la nuit du 1er février, la malade éprouve de l'engourdissement au pied droit; le matin, il est œdémateux.

Le 3, le pied et la jambe sont infiltrés, mais la cuisse reste dans l'état naturel; douleur au jarret, au mollet; dilatation des veines superficielles de la jambe et du genou; à la cuisse elles commencent à se dessiner; le doigt reconnaît à l'origine de la fémorale une tumeur en tout semblable à celle du côté opposé.

On emploie chez cette femme les sangsues et les embrocations anodines. Sous l'influence de ces moyens, les douleurs se calment peu à peu, mais l'état des membres reste long-temps stationnaire. Enfin, au bout de plusieurs semaines, la diminution de l'œdème est notable, et les tumeurs inguinales sont moins accessibles aux doigts.

L'affection de l'utérus s'étant beaucoup améliorée, cette femme quitte l'hôpital, sujette encore à un léger œdème aux pieds après une station prolongée.

IVe OBSERVATION.

Marie Walembert, femme Baugrand, âgée de soixante-douze ans, succomba à un cancer de l'utérus. N'ayant pas examiné cette femme pendant les derniers jours de sa maladie, je ne puis que présenter les détails de l'autopsie cadavérique.

Infiltration considérable des membres inférieurs; la peau, décolorée, est presque diaphane.

Les veines iliaques sont dans l'état normal, bien qu'elles soient entourées de ganglions lymphatiques squirrheux. Les fémorales présentent, tout à fait à leur origine, sous le ligament de *Fallope* et dans l'étendue de trois pouces, un renflement fusiforme considérable; elles sont entourées d'un tissu cellulaire dense, épais, blanchâtre. Leurs parois surpassent en épaisseur celles de l'artère correspondante; de plus, elles sont opaques et d'un blanc mat. Leur cavité est entiè-

rement oblitérée par un caillot non interrompu, rouge, fibreux, adhérent à la tunique interne, qui paraît saine. Ce caillot se termine brusquement, de chaque côté, par un cône tronqué, immédiatement sous l'arcade crurale. Les principales branches veineuses, ainsi que les saphènes internes, sont également épaissies et obstruées; mais le caillot devient de moins en moins adhérent à mesure que l'on approche des capillaires.

Ve OBSERVATION.

Marie-Gabrielle Poquet, âgée de quarante-six ans, affectée d'un cancer du rectum, fut admise à l'infirmerie le 7 mars 1833. Le mal, borné d'abord à l'intestin, s'étendit insensiblement vers l'utérus; et au mois de septembre cet organe était parvenu à un haut degré de désorganisation. Ce fut alors que se manifestèrent dans tout le membre inférieur gauche des douleurs vives, accompagnées de dureté et de tension des veines, d'infiltration du tissu cellulaire. Ces accidens existaient depuis peu de jours, quand on les vit apparaître au membre droit avec les mêmes caractères et la même intensité. Dans l'un comme dans l'autre, la saphène interne peut être suivie du doigt dans tout son trajet, et ressemble à une corde fortement tendue sous la peau. Aux aines, les veines crurales forment des tumeurs oblongues, dures, sensibles au toucher. La partie supérieure de la cuisse, l'espace poplité et les environs de la malléole interne sont, pour la malade, les points les plus douloureux. La peau, chaude et sans changement de couleur, se laisse difficilement déprimer; au-dessous existent un grand nombre de petites veines bleuâtres disposées en réseau, principalement aux genoux et aux environs des arcades fémorales. Les membres, à demi fléchis, ne peuvent se mouvoir sans augmenter les douleurs.

Le 29 septembre, l'infiltration des membres a presque entièrement disparu; les tumeurs inguinales, moins volumineuses, sont à peine sensibles à la pression; mais la douleur persiste encore dans les jarrets. Les saphènes, redevenues perméables aux environs des malléoles, n'en

conservent pas moins dans le reste de leur étendue une dureté et une tension douloureuses. Quand la malade se tient debout, les membres se couvrent presque aussitôt de marbrures violettes.

Le 15 octobre, aucun vestige de l'œdème; les saphènes sont apparentes et bleuâtres; elles cèdent à la pression, et on voit le sang reparaître dans le point comprimé quand on retire le doigt. Cessation entière des douleurs; liberté des mouvemens.

Délivrée de cette nouvelle maladie, cette femme ne pouvait pas échapper aux ravages du cancer; et la mort, survenue le 3 décembre, nous permit de rechercher les traces du mal qui avait fixé toute notre attention.

Examen du cadavre. Les saphènes internes sont perméables au sang depuis le pied jusqu'au genou, mais leur cavité se trouve rétrécie par le fait de l'épaississement de leurs parois. Coupées transversalement, elles restent béantes et ressemblent tout à fait à une artère d'un égal volume. Au-dessus des genoux, leurs parois, également épaissies, blanches et opaques, adhèrent à un caillot sec et jaunâtre. Les fémorales offrent un léger renflement au point d'insertion des veines saphènes; toutes leurs branches sont, comme elles, complètement oblitérées par un caillot dont l'adhérence, la densité et la couleur jaune diminuent vers les capillaires. D'un volume en général moindre que dans l'état naturel, les principaux troncs sont entourés d'un tissu cellulaire dense et serré. Leurs parois, fortement épaissies, sont opaques et blanchâtres. A droite, l'artère est enveloppée d'un réseau de petites veines flexueuses, pleines d'un sang noir. Les iliaques externes participent aux mêmes lésions que les fémorales; elles ont subi une diminution notable de volume; les tissus voisins sont denses, squirrheux. Les iliaques primitives et internes sont oblitérées par un caillot noir et humide; leur volume dépasse de beaucoup celui des iliaques externes. La veine cave, jusqu'à l'origine des rénales, est distendue par un caillot formé de couches rosées et denses à l'extérieur,

et au centre d'une pulpe nuancée de blanc et de rouge : ses parois ne sont pas notablement épaissies.

L'utérus, réduit en putrilage dans sa moitié inférieure, et le rectum, profondément désorganisé, se confondent dans le vagin, transformé en un cloaque hideux.

VIe OBSERVATION.

Le 10 octobre 1833, fut reçue à l'infirmerie, pour un cancer de la matrice, Julie Auger, femme Dubail, âgée de quarante-six ans. Le toucher fit reconnaître une énorme excavation formée aux dépens du col utérin, dont il ne restait plus de traces.

Le 27 novembre, cette femme éprouva dans l'aine droite une douleur qui bientôt se prolongea tout le long de la partie interne de la cuisse, dans le jarret et le mollet. Le membre dès-lors devint œdémateux.

Le 5 décembre, l'infiltration est très-considérable; la peau, d'une couleur naturelle, mais d'une température plus élevée qu'à l'autre membre, résiste à la pression des doigts. A partir de l'arcade fémorale on sent un cylindre dur, volumineux, qui n'est autre chose que la veine crurale oblitérée dans toute son étendue. La pression est très-douloureuse sur le trajet de ce vaisseau, dans le creux poplité et au mollet.

La saphène, à la malléole interne, est résistante et bleuâtre. Vers le milieu de la jambe elle est moins volumineuse, mais également sensible à la pression. Les veines superficielles se dessinent en divers endroits. Mouvemens du membre très-douloureux.

Après quelques jours la douleur est moins vive, l'infiltration moins considérable.

Le 15, les mêmes accidens apparaissent au membre gauche. Le pied devient œdémateux, et bientôt l'infiltration a gagné la jambe. Douleur dans l'aine; on y sent la fémorale dure et dilatée. La peau du jarret est tendue, bien que le membre soit à demi fléchi; à la jambe, la saphène est tendue, douloureuse à la pression.

La malade reste plusieurs jours dans cet état, avec cette différence que la cuisse gauche s'infiltre à mesure que le membre droit tend à reprendre son volume naturel. La disparition complète de ces accidens se serait sans doute effectuée, si cette femme, parvenue au dernier degré du marasme et épuisée par des souffrances continuelles, n'eût point succombé le 23 décembre.

Nécropsie.—*Côté droit.* Saphène interne d'une couleur blanchâtre dans toute son étendue; ses parois sont épaissies ; sa cavité, contenant une sérosité sanguinolente, est rétrécie à la partie moyenne de la jambe. La fémorale et toutes ses divisions sont oblitérées par un caillot dense, rosé à l'intérieur, pulpeux et couleur lie de vin au centre; adhérent aux parois des veines volumineuses, il ne leur est que contigu dans les petites. Les parois de ces vaisseaux, fortement épaissies, opaques et blanchâtres, leur donnent l'aspect d'une artère de même volume. Le tissu cellulaire ambiant est à son tour épaissi, dense et serré. A la partie postérieure de la cuisse et sous la peau se trouve une veine du calibre de la saphène, qui prend son origine au creux poplité, et remonte flexueuse jusqu'à la fesse. Cette veine est, comme toutes les autres, dure, remplie par un caillot noir et résistant. La fesse incisée dans différentes directions, on voit dans l'épaisseur du tissu sous-cutané et des muscles une multitude de points noirs qui ne sont autre chose que le caillot contenu dans les ramifications de cette veine. Sur le nerf sciatique se trouve une petite veine également flexueuse et oblitérée. Les iliaques externe, interne et primitive contiennent une matière pulpeuse d'un brun foncé. La membrane interne de tous ces vaisseaux a conservé son aspect naturel.

Côté gauche. On y rencontre les mêmes altérations pour les veines du bassin et des membres; celles-ci présentent cependant quelque chose de plus à noter : troncs principaux plus volumineux qu'à droite; de distance en distance on y voit des renflemens fusiformes qui correspondent aux valvules. Dans ces points les parois, nullement épaissies, ont une couleur bleuâtre qui contraste avec l'opacité des au-

tres parties des vaisseaux. Le caillot, peu ou point adhérent, est grumeleux, noir, mais plus foncé au niveau des valvules; celles-ci ont conservé leur minceur et leur transparence. Comme à droite, densité du tissu cellulaire ambiant. Point de veine anormalement développée sous la peau ou au voisinage du nerf sciatique.

La veine cave, depuis sa bifurcation jusqu'à un demi-pouce au-dessus, est remplie par un caillot rougeâtre, dense, formé de couches concentriques; dans ce point, les parois, revenues sur elles-mêmes, sont épaissies et comme lardacées.

Le cancer a envahi la moitié inférieure de l'utérus et les parties correspondantes de la vessie et du rectum, de sorte que le vagin donnait passage à la fois aux urines, aux matières fécales et à la sanie purulente.

VIIe OBSERVATION.

Cette observation, différant des autres par le siége du cancer, n'en présente pas moins les mêmes lésions anatomiques dans les veines des membres inférieurs.

Marie Laroche, âgée de soixante-onze ans, mourut des suites d'un cancer au sein droit, peu de jours après son entrée à l'infirmerie. La paralysie de la langue dont elle était atteinte ne permit pas de recueillir les renseignemens nécessaires.

Autopsie. Amaigrissement excessif des membres supérieurs et de tout le tronc; infiltration considérable des membres abdominaux; cancer de toute la mamelle droite, représentant un énorme champignon rougeâtre à la surface, blanc et lardacé à l'intérieur.

Veines thoraciques, mammaires, brachiales et sous-clavières parfaitement saines d'un côté comme de l'autre; il en est de même des veines caves, iliaques primitives, internes et externes.

Aux deux membres inférieurs, la fémorale et toutes les veines qui en naissent ont augmenté de volume; le tissu cellulaire qui entoure les principales branches est remarquable par sa densité. Leurs parois sont épaissies, dures, blanches et opaques, renflées d'espace en es-

pace; elles redeviennent transparentes et bleuâtres. Ce changement de forme et de couleur est produit par l'arrêt du sang dans les valvules, et par la distension de la partie correspondante du tube veineux, qui, dans ce point, n'a subi aucune altération d'épaisseur; du reste, les valvules et la tunique interne sont dans un état parfait d'intégrité. Le caillot contenu dans les veines forme un tout continu, et offre çà et là des nuances diverses de coloration, de texture et de densité; il se termine sous le ligament crural par un mamelon libre dans l'intérieur du vaisseau. Les petites veines sont aplaties, et contiennent un peu de sérosité sanguinolente.



On voit par les faits précédens que chez toutes ces femmes l'œdème des membres dépendait de l'oblitération de leurs veines principales : les détails dans lesquels je suis entré à propos de chaque malade me dispensent d'offrir un résumé de lésions anatomiques; dans tous les cas, elles ont présenté identité de nature et identité de siége, à part quelques différences, qui provenaient uniquement de leur étendue ou de leur ancienneté; et en définitive, on peut dire que l'oblitération des veines par un caillot sanguin, avec épaississement et opacité de leurs parois, a toujours été le résultat fourni par l'ouverture des cadavres.

Si nous jetons un coup d'œil sur les phénomènes observés pendant la vie, nous trouverons à peu près dans tous les cas la même série de symptômes. Douleurs dans les espaces inguinaux et poplités, aux environs des malléoles internes; les saphènes tendues à la manière de cordes sous la peau qui les recouvre; et si les doigts ne peuvent les sentir, leur trajet est manifestement indiqué par la douleur que la pression réveille le long de la cuisse et de la jambe; les fémorales transformées à leur origine en cylindres ou en fuseaux durs, résistans et douloureux au toucher; infiltration séreuse des membres plus ou

moins considérable, plus ou moins étendue, selon le degré et l'intensité de la maladie.

Au milieu de ces nouvelles souffrances, les malades n'ont pas éprouvé d'augmentation notable dans les phénomènes généraux entretenus par l'affection cancéreuse; et si nous avons pu, sur presque toutes ces femmes, constater avec le scalpel les lésions anatomiques, on doit moins l'attribuer à la gravité de la nouvelle maladie qu'aux suites inévitables du cancer. Il est, en effet, nécessaire de tenir compte de l'état de ces femmes au moment de l'invasion des symptômes que nous avons décrits. Le cancer était parvenu à un degré très-avancé, en même temps que l'économie tout entière en avait éprouvé une profonde atteinte. La vie dès-lors était prochainement compromise; et on ne peut raisonnablement attribuer à une affection toute locale l'issue funeste que préparait la cachexie cancéreuse. Si elle avait pu être retardée, nul doute que chez ces femmes les douleurs et l'infiltration des membres n'eussent complètement disparu. Dans les cas même de profonde désorganisation de l'utérus, il ne serait pas impossible d'observer le genre de terminaison dont je parle. (Voyez obs. V et VI.)

La thérapeutique dans ces circonstances devait, on le pense bien, se réduire à très-peu de chose; car, d'un côté, on avait affaire à une affection grave, le cancer, dont l'issue prochainement fatale rendait inutile toute espèce de tentative; et de l'autre, à une maladie intercurrente, dont la marche ne donnait pas d'inquiétudes sérieuses. Auss se borna-t-on quelquefois à l'application de sangsues, le plus souvent à des linimens narcotiques, moins dans l'espoir d'apaiser les douleurs que dans le but de condescendre aux instances des malades.

Puisqu'il est évident que l'oblitération des troncs veineux a été la cause constante de l'œdème, essayons de découvrir sous quelle influence elle s'est opérée.

Doit-on l'attribuer à la compression des veines par l'utérus? Mais nous n'avons jamais trouvé cet organe dans des conditions propres à

appuyer cette opinion ; en admettant même l'existence d'une tumeur qui agirait sur les parois veineuses, il serait impossible de faire accorder les symptômes décrits ci-dessus avec ceux que produisent les obstacles placés en dehors des veines. L'infiltration dans ces cas apparaît et se développe plus ou moins lentement, selon les progrès de la tumeur qui la produit; les douleurs, s'il en existe, sont indépendantes de la compression des veines; le caillot qui se forme ne dépasse guère l'origine d'une collatérale volumineuse, et jamais on ne voit la veine devenir douloureuse, s'épaissir et s'oblitérer en très-peu de temps dans une étendue considérable de sa longueur.

Le rapprochement des lésions et des symptômes ne permet pas de placer autre part que dans les veines la cause de leur oblitération. Qu'indiquent, en effet, ces douleurs vives sur le trajet des veines dont on constate, même pendant la vie, l'obstruction et le gonflement? La phlébite peut seule fournir une explication suffisante, et les symptômes qu'elle provoque ne sont ni équivoques, ni difficiles à distinguer. La douleur ne sera jamais confondue avec celles qui existent souvent dans le cancer utérin le long des membres abdominaux, car leur siége n'est pas rigoureusement limité à la direction de la saphène ou de la fémorale. D'ailleurs le toucher lèverait tous les doutes; et il suffit de connaître la position anatomique de ces vaisseaux pour éviter une méprise. Il est presque inutile, je crois, d'avertir que les glandes inguinales, devenues superficielles par suite de l'amaigrissement ou d'un travail de dégénérescence squirrheuse, peuvent produire sous les doigts la même sensation que la fémorale remplie d'un caillot sanguin. L'erreur est impossible en tenant compte du nombre de ces tumeurs, de leur direction, de leur mobilité, de leur forme et de leur rapport plus ou moins immédiat avec la peau. L'œdème, qui sert le plus à éveiller l'attention, se manifeste presque en même temps que la douleur, et fait de rapides progrès. La rénitence et la chaleur de la peau lui impriment un caractère spécial; enfin son apparition dans un seul membre ou dans plusieurs successivement fournit les

plus grandes probabilités pour l'existence d'un obstacle au cours du sang.

Cette phlébite ne s'est pas présentée avec tous les caractères qui appartiennent aux maladies de ce genre ; la peau a conservé sa couleur; les douleurs ont été bornées au trajet des veines, et jamais on n'a vu survenir de symptômes d'apparence typhoïde. Cette différence tient probablement à l'absence de sécrétion purulente, car les vaisseaux n'ont toujours été remplis que par du sang coagulé. L'inflammation n'a pas atteint le même degré d'acuité que dans les autres phlébites, évidemment à cause du grand état de faiblesse des malades.

Cette maladie ne paraît pas se montrer exclusivement dans le cours du cancer de l'utérus; il paraît, au contraire, qu'elle se développe assez souvent chez les personnes parvenues au dernier degré des affections chroniques. L'observation première du deuxième Mémoire de M. *Bouillaud* (Arch. génér. de médec., t. V, 1824), les première, deuxième, quatrième et cinquième de M. *Corbin* (*loc. cit.*, t. XXV, 1831), me semblent en effet appartenir à des phlébites du genre de celle dont je parle; car, dans toutes, on constate la densité, l'opacité et la coloration blanchâtre des parois veineuses, qu'entoure un tissu cellulaire ferme, épaissi, comme lardacé.

Après avoir trouvé dans l'inflammation des veines la cause de leur oblitération, il nous sera plus difficile de préciser les circonstances qui la font naître. Est-elle due à l'absorption par les veines de la sanie cancéreuse dont l'utérus est le foyer? S'il en était ainsi, la phlébite devrait atteindre les vaisseaux qui livrent passage au sang altéré. Chez nos malades, l'oblitération aurait dû frapper pour le moins les veines iliaques internes et primitives; or, nous n'y avons rencontré de caillot que deux fois, et même, dans un de ces cas, les caractères physiques attestaient qu'il s'était produit long-temps après celui des autres veines. Enfin, les sujets de notre septième observation et de celles de M. *Corbin* étaient bien loin d'offrir au voisinage des vaisseaux oblitérés un foyer quelconque de pus ou de désorganisation. Je ne nie pas

néanmoins qu'un organe, siége d'un travail inflammatoire ou désorganisateur, ne puisse exercer une influence de cette nature sur les veines environnantes. Mais cette influence a été en défaut dans les cas qui nous occupent.

Ne peut-on pas admettre que dans plusieurs circonstances l'inflammation, se propageant de proche en proche, envahit les parois veineuses comme toutes les autres parties environnantes? Dans l'observation Ire et Ve, les veines iliaques, plongées au sein de tissus lardacés et squirrheux, me paraissent avoir été réellement affectées par suite de l'extension de l'inflammation; d'après cela, il sera facile de concevoir combien l'intégrité des veines sera compromise dans les cas où l'affection de l'utérus tendra à envahir les tissus voisins. Mais comme cette disposition ne s'est pas toujours observée, et qu'en outre la phlébite se rencontre dans des veines tout à fait indépendantes de l'organe malade, il ne faut donner cette explication qu'avec toute la réserve possible. Puisqu'il en est ainsi, ne pourrait-on point considérer, dans la majorité des cas, cette phlébite comme un épiphénomène des maladies chroniques qui entraînent dans le sang une profonde altération ?

De tout ce qui précède, on peut, je crois, tirer les conclusions suivantes :

1° L'œdème des membres inférieurs, chez les femmes affectées de cancer de l'utérus, est occasioné le plus souvent par l'oblitération des veines.

2° Cette oblitération est l'effet d'une phlébite, comme l'attestent les symptômes et les lésions anatomiques.

3° Quant à la phlébite, l'extension de l'inflammation par continuité de tissu doit quelquefois la produire; mais, dans un grand nombre de circonstances, on aura besoin, pour expliquer son développement, de recourir à l'influence de la cachexie cancéreuse.

PROPOSITIONS.

I.

Dans le cancer de l'utérus, l'excrétion de l'urine est quelquefois difficile et douloureuse; cet accident reconnaît pour cause la plus constante l'extension du mal au bas-fond de la vessie. Mais à une certaine époque il disparaît complètement, car alors la perforation s'étant opérée, l'urine coule sans obstacle dans la cavité vaginale.

II.

Les femmes, dans cette maladie, éprouvent souvent une constipation opiniâtre; en faisant abstraction des médicamens opiacés dont elles font usage et qui peuvent la produire, il faut dans un grand nombre de cas l'attribuer à l'inflammation chronique que le voisinage de l'utérus provoque dans les parois du rectum.

III.

L'utérus peut atteindre un haut degré de désorganisation avant de produire des symptômes capables d'éveiller l'attention des malades.

IV.

Les hémorrhagies considérables auxquelles donne lieu le cancer de l'utérus jettent souvent les femmes dans un état d'anémie qui s'accompagne de symptômes propres aux affections organiques du cœur.

V.

Les phénomènes gastriques que l'on rencontre assez souvent sont l'effet de l'influence sympathique de l'utérus sur l'estomac, et non point d'une lésion matérielle de cet organe.

VI.

La maladie qui termine le plus généralement les souffrances inouïes de ces femmes est la péritonite aiguë, générale ou bornée à l'excavation pelvienne.

FIN.